Lane Medical Library

1885

Ein Fall von

Entfernung eines Fremdkörpers durch Oesophagotomie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Mittwoch, den 3. Juni 1885

Mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Felix Franke

pract. Arzt

aus Schlesien.

Opponenten:

Herr **G. Messerschmidt**, cand. med.
„ **E. Fähndrich**, cand. med.
„ **G. Kloss**, cand. med.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1885.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0408

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser

Wenn man in der älteren Litteratur so viele Fälle angegeben findet, wo das Steckenbleiben eines Fremdkörpers im Oesophagus den Tod des Patienten zur Folge hatte, so erscheint es wunderbar, dass man früher eine operative Entfernung dieses Fremdkörpers in so seltenen Fällen vorgenommen hat. Es ist deshalb das Interesse, das man in neuerer Zeit dieser Operation, nämlich der Oesophagotomie zugewandt hat, leicht zu verstehen. Weshalb die Operation früher so selten ausgeführt worden ist, ist leicht begreiflich. Ist ja doch der Hals derjenige Ort, wo bei operativen Eingriffen eine Verletzung von Gefässen und Nerven am leichtesten möglich ist. Immer jedoch ist zu bedenken, dass meist nur zwei Wege zu wählen sind, entweder den Kranken exspectativ zu behandeln oder mit andern Worten ihn fast sicher zu Grunde gehen zu lassen oder einen Versuch zu wagen, durch eine allerdings nicht ungefährliche Operation das Leben zu retten.

Bevor ich nun zur Besprechung eines mir überwiesenen Falles von Oesophagotomie übergehe, sei es mir gestattet, zuvörderst im Allgemeinen über die Indikationen zu sprechen, welche diese Operation benötigen können. Es giebt deren hauptsächlich zwei grosse Gruppen; die

erste umfasst verschluckte im Oesophagus stecken gebliebene Fremdkörper, welche weder vom Munde aus extrahirt noch in den Magen hinabgeschoben werden können. Dass immer erst ein Versuch gemacht werden muss, den Fremdkörper entweder mit dem Finger oder mit einer Schlundzange zu extrahieren oder aber ihn, wenn er seiner Natur nach nicht den Verdauungswegen gefährlich zu werden verspricht, in den Magen hinabzustossen, ist selbstverständlich. Die zweite Gruppe umfasst hochgradige Stricturen, welche die Ernährung des Kranken mit der Schlundsonde nicht mehr möglich machen oder einer dilatatorischen Behandlung nicht weichen wollen. Hierher gehören auch die wegen malignen Tumoren vorgenommenen Operationen, welche zum Zwecke haben, unterhalb der erkrankten Stelle der Speiseröhre einen Eingang für die Nahrung zu schaffen und so den durch den Durchtritt der Speisen durch die erkrankte Stelle hervorgerufenen Reiz aufzuheben. Kluge stellt noch eine dritte Indikation auf, nämlich angeborne oder acquirirte Divertikel des Oesophagus durch Oesophagotomie zu beseitigen.

Wenn jedoch auch diese Indikation theoretisch aufgestellt werden kann, so sind doch bis jetzt keine Fälle bekannt, wo sie praktisch verwerthet worden wäre.

Von allen diesen drei Gruppen ist naturgemäss die erste, welche unser grösstes Interesse in Anspruch nimmt. Denn einesteils ist es ein häufiges Vorkommnis, dass Fremdkörper der verschiedensten Art auf ihrem Wege zum Magen in dem engen Oesophagus haften bleiben und

lann weder spontan noch durch künstliche Extraktions- ınd Propulsationsmethoden entfernt werden können, teils veil gerade diese Indikation eine so ausserordentlich viel bessere Prognose bietet als alle übrigen, da mit dem Fremdkörper die causa morbi entfernt wird, während es sich bei Stricturen meist nur um ein symptomatisches Eingreifen handelt. Nach diesen Überlegungen erscheint es durchaus zweckmässig, dass derartige Fälle von Oesophagotomie, von denen in der Litteratur überhaupt noch nicht viele bekannt sind, genauer besprochen werden. Ich habe mir daher in vorliegender Arbeit vorgesetzt, einen mir von Herrn Prof. Rinne gütigst überwiesenen Fall von Oesophagotomie, der sowohl durch die Natur des Fremdkörpers als auch durch die von demselben im Oesophagus hervorgerufenen Veränderungen imponirt zu behandeln und daran eine kurze Besprechung der Geschichte dieser Operationsmethode zu knüpfen.

Am 12. Dezember 1880 wurde im städtischen allgemeinen Krankenhause im Friedrichshain zu Berlin ein Patient aufgenommen, dessen Krankengeschichte folgende ist: Der unverheirathete Jäger, 23 Jahre alt, aus Berlin ist seines Zeichens Schuhmacher, nebenbei aber Akrobat und versteht als solcher das Kunststück des Degenschluckens, das er schon seit Jahren ausübt. Gestern Abend gegen 9 Uhr (vor circa 8 Stunden) hatte er das Unglück, dass der verschluckte Degen, an dessen Griff er einen Stuhl, um seine Kunst noch besonders zu beweisen, angehängt hatte, dicht hinter dem Griff abbrach, so dass

die abgebrochene Klinge im Halse stecken blieb. Sofort nach diesem Ereignis federte das obere Ende der abgebrochenen Klinge nach oben und hinten, drückte so gegen den weichen Gaumen und zwang den Patienten, eine dorsal flektirte Haltung des Halses anzunehmen. Es traten auch Suffokationserscheinungen ein, weil die Degenklinge gegen den Kehlkopf angedrückt wurde. Der Patient war sofort, vor Schrecken ohnmächtig, zusammengebrochen. Es wurde sogleich ein in der Nähe wohnender Arzt requirirt, der verschiedene Versuche machte, die Klinge mit einer Zange zu extrahiren, was jedoch erfolglos blieb, ja sogar noch den Erfolg hatte, dass die Degenklinge immer tiefer hinabgestossen wurde.

Status präsens. Patient ist ein robuster, blass aussehender Mann mit angstvollem Gesichtsausdruck. Die Untersuchung der Speiseröhre mittelst einer Sonde lässt das obere Ende der abgebrochenen Klinge als ungefähr in der Höhe des zweiten Trachealringes sitzend, leicht erkennen. Mit dem Finger kann dasselbe nicht erreicht werden; dagegen fühlt man hinter der Trachea die durch den Fremdkörper gemachte Resistenz. Der Patient giebt an, dass er das untere Ende der verschluckten Klinge „im Leibe“ fühle, und eine Palpation der Magengegend ergiebt auch das deutliche Gefühl von dem harten, abgerundeten, unteren Ende des Fremdkörpers. Es musste der Magen entschieden durch die Klinge ausgestülpt sein. Von einer Extraktion der Klinge musste selbstverständlich Abstand genommen werden, da sowohl wegen des tiefen Sitzes die-

selbe mit einer Zange schwer zu fassen, namentlich aber wegen ihrer Glätte nicht wohl festzuhalten war, und dann aber auch ein nach oben Ziehen wahrscheinlich eine Verletzung der Oesophaguswand durch die scharfe Kante der Bruchfläche hervorgebracht hätte. Es wurde also zur Oesophagotomie geschritten, und dieselbe nach der Methode von Vacca Berlinghieri ausgeführt. Die Operation geht ohne jede Störung namentlich ohne jede Gefässverletzung von Statten, so dass eine Unterbindung überhaupt nicht gemacht werden braucht. Bei der Operation imponirt die Schilddrüse durch ihre sehr starke Entwickelung. Die Spaltung der Speiseröhre wird durch einen eingeführten Katheder erleichtert, da der Fremdkörper keine genügend markirte Hervorwölbung macht. Während der Operation ist die Klinge noch tiefer gerückt, so dass der weit in die Wunde eingeführte Finger das obere Ende nur eben noch erreicht. Die Extraktion wird mit einer gebogenen Sequesterzange vorgenommen, bietet aber viel Schwierigkeiten, da sich das obere scharfe Ende wiederholt in die hintere Oesophaguswand einbohrt. Nach langen, mühevollen Versuchen gelingt es endlich, die $37^1/_2$ cm lange und 2 cm breite Klinge herauszuziehen. Die Wunde wird nun bis auf den Speiseröhrenrand mit Gaze austamponirt.

Status praesens vom 12. Dezember. Nachdem Patient einige Stunden geschlafen, erwacht er mit starkem Hustenreiz; sein Allgemeinbefinden ist ein gutes. Die Ernährung wird bewirkt durch Einführung einer weichen Schlundsonde von der Wunde aus. Gleichzeitig werden ernährende

Klysmata verabreicht. Beim Schlucken von Flüssigkeit gleitet letztere, wenn die äussere Wunde tamponirt ist, ohne Beschwerden hinab; ist jedoch dieselbe nicht tamponirt, so fliesst ein grosser Teil der deglutirten Flüssigkeit aus der Wunde heraus, wie auch eine grosse Menge von verschlucktem Speichel und Rachenschleim sich fortwährend aus der Wunde entleert. An den Lungen sind katarrhalische Erscheinungen zu konstatiren. Die Temperatur steigt gegen Abend auf 39°.

Status praesens vom 13. Dezember. Die Sekretion im Rachen zeigt sich vermehrt. Das Sekret läuft aus der Wunde heraus und riecht sauer. Die Wunde wird mit Chlorzink ausgetupft. An derselben finden sich keine Entzündungserscheinungen. Das Allgemeinbefinden bleibt gut, die Temperatur ist Abends 38,2°.

Status praesens vom 15. Dezember. Husten und starker Schleimauswurf dauern an, weshalb Patient Inhalationen mit Kochsalzlösungen macht. Die Ernährung geht sehr gut von Statten; Temperatur 38,4°.

Status praesens vom 17. Dezember. Der Hustenreiz und die katarrahalischen Erscheinungen dauern fort; dabei zeigt sich starker Brechreiz. Patient steht, da er sich im Uebrigen wohl befindet, auf und geht umher. Patient führt sich das Schlundrohr zum Aufnehmen der Nahrung selbst ein. Die Temperatur ist Abends 38,6°.

Status praesens vom 21. Dezember. Nachdem sich der Kranke an den vorhergehenden Tagen durchaus wohl-

befunden hatte und immer umhergegangen war, tritt heute plötzlich eine ganze enorme Blutung der Wunde ein, die, da der Arzt erst nach etwa 5 Minuten zur Stelle war, zu einem sehr bedeutenden Blutverluste führt. Patient war ausserordentlich collabirt. Das Blut war anscheinend venös, jedoch entleerte sich der Blutschwall in pulsatorischen Bewegungen. Es wurden nun schnell die grossen Halsgefässe unter- und oberhalb der Wunde komprimirt und in der Wunde nach dem blutenden Gefässe gesucht. Da jedoch ein solches nicht aufgefunden wird, so bleibt nichts übrig, als die Ligatur der arteria carotis communis, um die Blutung zu sistiren. Dieses gelingt ziemlich leicht. Patient collabirt danach aber so sehr, dass er sich nicht mehr erholt. Die Wunde fängt an zu riechen, es bilden sich Eitersenkungen neben der trachea nach unten. Patient wird soporös und verschluckt sich sehr häufig.

Status praesens vom 25. Dezember. Es treten die Erscheinungen von lobulärer Schluckpneumonie auf. Ausser Rasseln sind zwar keine deutlichen, physikalischen Erscheinungen für eine erhebliche Veränderung im Lungengewebe, wie Hepatisation oder Abscessbildung zu eruiren, aber der Husten ist sehr quälend und reichlich, Auswurf riecht entschieden fötid, so dass kein Zweifel besteht, dass in den Lungen Zerstörungsprocesse vor sich gehen. In dieser Weise collabirt Patient immer mehr und mehr und stirbt am 27. Dezember Morgens.

Epikrise. Das relativ gute Befinden des Patienten nach der Operation verschlechtert sich mit dem Augen-

blick der Blutung. Was die Ursache der Blutung gewesen sein mag, lässt sich schwer entscheiden.

Aus der Carotis kann dieselbe nicht stammen, wegen der venösen Färbung des Blutes. Eine Verletzung der vena ju gularis konnte nicht aufgefunden werden. Am wahrscheinlichsten hat die Blutung gestammt aus der glandula thyreoidea und zwar höchst wahrscheinlich veranlasst dadurch, dass bei dem Einführen der Schlundsonde vielleicht der innere und mediale Wundrand häufig insultirt und hierdurch schliesslich eine Verletzung der Schilddrüse bewirkt wurde. Diese Verletzung der Schilddrüse sowohl, als die Blutung würde sich erklären aus der oben angeführten Thatsache, dass die Schilddrüse in diesem Falle ausnahmsweise stark entwickelt war. Durch den Collaps nach dem ungeheuren Blutverluste wurde dann einerseits die Jauchung der Wunde mit den Eitersenkungen nach dem mediastinum hin veranlasst und andererseits eine lobuläre Pneunomie durch unbewusstes Aspiriren von Mund- und Racheninhalt in die Lungen ermöglicht. Der Tod ist somit herbeigeführt durch die Eitersenkung und die gangränöse Pneunomie; diese ihrerseits wieder sind die Folgen des durch die Blutung veranlassten Collapses des Patienten.

Die Sektion der Leiche wurde nach 24 Stunden von Herrn Dr. Carl Friedländer ausgeführt. Da mir das Sektionsprotokoll gütigst zur Verfügung gestellt wurde, so sei es mir gestattet, das Wichtigste daraus mitzutheilen. Die Leiche eines kräftigen Mannes mit mässiger Abmagerung. Die Muskelstarre ist noch deutlich vorhanden.

An der linken Seite des Halses sind zwei grosse Defekte mit rother Oberfläche, der eine nahe der Mittellinie, 8 cm lang, zwischen 2—3 cm breit, der andere mehr nach aussen gelegen, dem medialen Rande des musculus sternocleido-mastoideus entsprechend. Die beiden Defekte führen in ein und dieselbe Höhle, die zwischen Kehlkopf und Trachea einerseits und dem musculus sternocleido-mastoideus sinister andererseits liegt. Diese Höhle setzt sich weiterhin unter das manubrium sterni fort, dessen hintere mit Periost überzogene Fläche die vordere Wand der Senkung bildet, während die hintere Wand von den Mediastinalblättern der Pleura gebildet wird. Die Senkung hat die Ausdehnung eines halben Handtellers, ist von vorn nach hinten ganz flach und enthält nur wenige Tropfen gelben Eiters. Die Wunde selbst ist graugelb infiltrirt. Die linke Pleura ist durch zahlreiche Adhäsionen grösstentheils obliterirt; die Pleura pulmonalis stark hämorrhagisch geröthet, mit fibrinösen Beschlägen. Der Unterlappen ist derb, auf dem Durchschnitt ausgedehnte Füllung der Bronchialäste mit Eiter, ausserdem eine grosse Anzahl dicht neben einander stehender gangränöser Herde. Rechterseits finden sich frische Verklebungen beider Pleurablätter. Die hinteren Partieen des Ober- und Unterlappens sind derb, auch hier finden sich in den Broncchien deutlich Eiter und lobuläre graurothe Herde, während der Oberlappen auch graugrüne Infiltrationen mit putridem Geruch zeigt. — Beim Ablösen des Oesophagus gelangt man sofort in eine grosse, die ganze hintere Wand desselben

umgebende Höhle mit eitrig infiltrirten Wänden. Die Höhle beginnt an der vorderen Fläche des dritten Halswirbels und reicht über die ganze Halswirbelsäule und bis zum vierten Brustwirbel, so dass sie die aorta ascendens erreicht. Beim Aufschneiden des Oesophagus konstatirt man einen mehr als 4 cm langen, leicht gezackten, nicht vollständig runden Spalt in demselben, der direkt in die beschriebene Höhle hineinführt. Die Ränder der Incision sind dünn, nirgends findet sich eine nekrotische Auflagerung. Die unteren Partien des Oesophagus zeigen eine leichte Verdickung der Muskulatur, mehrfache Röthungen mit glattem, blassem Grunde vernarbt; diese gehen bis zur cardia. Auch im Magen finden sich narbige Defekte der Schleimhaut, die in der Nähe der cardia dunkel pigmentirt sind. Von der Cardia gehen strahlenförmige pigmentirte Züge hauptsächlich in der Längsrichtung und in der Gegend der kleinen Curvatur bis 6 cm in den Magen hinein. An den entsprechenden Stellen ist starke Röthung und pseudomembranöse Verdickung der Schleimhaut. Die Trachea ist frei, nur ein kleiner Theil der hinteren Wand wird durch die Höhle mit frei gelegt. Die vena jugularis sinistra ist in einem grossen Theile ihres Verlaufes durch einen graurothen, leicht adhäsiven Pfropf verschlossen. Ebenso ist die carotis sinistra durch einen Thrombus obturirt, der bis zur Ursprungsstelle der carotis aus der Aorta hinreicht. Die carotis communis sinistra ist etwa in der Mitte ihres Verlaufes doppelt unterbunden. Die Schnittwunden stehen etwa 30 mm auseinander. Eine

Verletzung der vena jugularis wird nicht gefunden, ebenso scheint die arteria thyreoidea nicht verletzt. Das Herz ist vollständig frei, sehr muskulös; an den Bauchorganen findet sich nichts Abnormes.

Die Diagnose, wie sie durch die Sektion begründet wird, ist folgende: Oesophagotomie mit grossen Senkungshöhlen nach oben und unten, besonders an der hinteren Wand; Längsnarben an der hinteren Wand; Thrombose der jugularis; Unterbindung der carotis communis sinistra; pigmentirte Narben im Magen; eitrige Bronchitis, lobuläre gangränöse Herde in den Lungen.

Nachdem nun im Vorstehenden der Krankheitsfall und der Befund der Autopsie mitgetheilt sind, möchte ich noch mit wenigen Worten auf die übrigen in der Litteratur bekannten Fälle zu sprechen kommen. Es sind jetzt nach den von Ferrier und König aufgestellten Tabellen[1]) im ganzen 32 Fälle von operativer Entfernung von Fremdkörpern aus dem Oesophagus bekannt. Von diesen sind zwei, deren Ausgang nicht sicher erwiesen ist, und fünf, die mit dem Tode endeten. Auch bei diesen fünf letal endigenden Fällen war es nicht der operative Eingriff, dem die Kranken unterlagen, sondern teils waren es vorher bestehende Krankheiten (Pneunomie), teils andere therapeutische Massnahmen, welche vor der Operation unternommen wurden, theils die Veränderungen, die der Fremdkörper selbst verursacht hatte, welche den üblen Ausgang verschuldeten. Nach solchen Resultaten liegt

[1]) Borchert, Inaug.-Dissertation Berlin 1877.

also durchaus kein Grund vor, die Operation zu fürchten und sich erst lange mit anderen therapeutischen Massregeln aufzuhalten, sondern überall, wo durch Fremdkörper im Oesophagus eine Lebensgefahr entsteht, und eine Extraktion oder Propulsion desselben in den Magen nicht angebracht oder ohne Erfolg ist, ist sofort zur Operation zu schreiten.

Nachdem ich vorstehenden Fall nun des Genaueren beschrieben habe, möchte ich noch einige Notizen über die Geschichte der Operation und die Operationsmethoden mittheilen. Nach Wenzel v. Linhart soll Verduc im 17. Jahrhundert der Erste gewesen sein, der die Eröffnung des Oesophagus zum Zweck der Entfernung von Fremdkörpern für möglich hielt. Obgleich nach ihm die Operation nicht leicht und sehr gefährlich ist, hält er doch ein operatives Eingreifen für besser, als den Kranken ohne Operation sterben zu lassen. In späterer Zeit soll nach Linhart die Operation zuerst von Goursaud und Rolland am Lebenden ausgeführt worden sein, während Bardeleben Taranguet als ersten Operateur bezeichnet. Guattani hat zwar die Operation am Lebenden nicht auszuführen gewagt, ist jedoch der erste gewesen, welcher durch zahlreiche Experimente an Hunden und am Kadaver unterstützt, eine genauere Methodik der Operation aufstellen konnte. Eckhold stellte der Methodik Guattanis eine zweite gegenüber, die jedoch weniger Nachahmung fand. Der Erste, welcher bei Stricturen des Oesophagus die Operation wagte, war Vacca Berlinghieri,

der dazu seinen Ectropoesophag erfand. Während das vorige Jahrhundert zwar schon gute Regeln für die Ausführung der Operation geben konnte, so war es doch noch der neueren Zeit vorbehalten, die Operation auch praktisch am Lebenden zu verwerthen. So sind jetzt nach den von Terrier und Koenig aufgestellten Tabellen im Ganzen 32 Fälle von Oesophagotomie zur Entfernung von Fremdkörpern und 10 Fälle wegen Striktur im Oesophagus bekannt.

Die zwei ältesten Methoden der Oesophagotomie sind die von Guattani und von Eckhold. Guattani machte den Schnitt an der vorderen Seite des musculus-sterno-cleido-mastoideus. Eckhold ist diese Operationsweise zu gefährlich wegen der leichtmöglichen Verletzung von Nerven, Arterien und der Schilddrüse. Er erfand deshalb eine andre Methode. Nach ihm wird der Schnitt zwischen den beiden Schenkeln des musculus sterno-cleido-mastoideus durch die Haut geführt; dann geht er präparatorisch vor und legt den Oesophagus frei, den er durch einen Längsschnitt öffnet. Die Methode Eckholds hat wenig Anhänger gefunden, denn einestheils bietet der Raum zwischen beiden Köpfen des musculus sterno-cleido-mastoideus ein sehr beengtes Operationsfeld, andrerseits liegt der Oesophagus an dieser Stelle sehr tief, so dass sein Auffinden mit grossen Schwierigkeiten verbunden ist. Weniger wichtig als diese angeführten Methoden und nur als Varianten dieser zu betrachten sind folgende. Boyer operirt zwischen den musculis omohyoideus und sterno-

thyreoideus. Bégin macht den Schnitt senkrecht über dem linken Sterno-Clavicular gelenk, parallel zur Luftröhre und durchschneidet den musculus omo-hyoideus. Arnott macht die Operation auf der rechten Seite des Halses. v. Gescher schlug vor, den Schnitt durch die Luftröhre hindurch an der vorderen Wand der Speiseröhre zu machen. Vacca Berlinghieri lehnte sich an die Operationsmethode Guattanis an, indem er den Schnitt ebenfalls an den inneren Rand des musculus sterno-cleido-mastoideus verlegte. Er erleichterte sich aber die Operation dadurch, dass er mittelst eines sinnreich konstruirten Instrumentes, das er Ectropoesophag nannte, sich die Speiseröhre entgegendrängte und so die Stelle der Incision leicht bestimmen konnte. Alle diese Methoden finden meist nur noch ein historisches Interesse. Jetzt wissen wir, dass die Indikationen zur Oesophagotomie die Operation an den verschiedensten Stellen des Halses nöthig machen können, so dass nur eine ganz allgemeine Methodik aufgestellt werden kann. Als allgemeine Regel gilt zunächst, die Operation an der linken Seite des Halses zu machen, weil der linke Rand der Speiseröhre etwas mehr über larynx und trachea hervorragt, als rechts. Ausnahmen würden ja ebenfalls gemacht werden können, wenn z. B. ein Fremdkörper die Speiseröhre nach rechts vorwölbte oder, wie es von Kappeller angegeben worden ist, wenn der linke Schilddrüsenlappen bedeutende Entwicklung zeigt. In solchen Fällen würde man natürlich rechts operiren. Der Gang der Operation, wie es Hüter in seiner speciellen

Chirurgie angiebt, und wie sie auch in unserm Falle ausgeführt worden ist, ist folgender:

Man macht einen Schnitt von der Höhe des Ringknorpels bis zum manubrium sterni in einer Linie, die ungefähr dem inneren Rande des musculus sterno-cleido-mastoideus entspricht. Dieser Schnitt durchtrennt zunächst die Haut, alsdann auch das Platysma myoides und die fascia colli superficialis. Nachdem nun der musc. sterno-cleido-mastoideus freigelegt ist, wird er mit einem stumpfen Haken nach aussen gezogen und hierauf das mittlere Blatt der Halsfascia durchtrennt. Nachdem man dann noch mit dem stumpfen Haken die grossen Halsgefässe gefasst und sie nach aussen gezogen hat, zieht ein zweiter Haken die Schilddrüse nach innen. Nun geht man präparatorisch vor, bis man die Speiseröhre erreicht, welche leicht an den blassen, längs geordneten Muskelfasern zu erkennen ist. Sollte dies schwieriger sein, so lässt man den Kranken Schluckbewegungen machen, wobei man den Oesophagus an den Kontraktionen leicht erkennt. Nun wird die Wand des Oesophagus mit zwei scharfen Haken angehakt und zwischen diesen incidirt. Ist ein Katheder eingeführt, so macht man die Incision auf denselben. Die Incisionsöffnung muss mindestens so gross sein, dass man bequem mit dem Finger in den Oesophagus eingehen kann. Operirt man, um einen Fremdkörper zu extrahiren, so muss sie natürlich der Grösse dieses entsprechen. Hat man genügend erweitert, so führt man unter dem Schutze des Fingers eine Kornzange ein und

extrahirt den Fremdkörper. — Eine bis jetzt noch ungelöste Frage ist es, ob man die Wunde durch Naht schliessen soll oder nicht. Im ersten Falle würde die Gefahr eintreten, dass Speiseteile oder Speichel durch die Zwischennahträume in das um den Oesophagus liegende Bindegewebe treten und dort eine pflegmonöse Entzündung hervorriefen. Dieser Gefahr musste entgegengetreten werden, indem man den Kranken mit der Schlundsonde oder durch Klysmata ernährte. Gewöhnlich wird, wie es auch in dem oben mitgetheilten Falle geschah, die Wunde einfach mit Gaze bis an den Oesophagusrand ausgestopft. Die Gefahr einer pflegmonösen Entzündung ist dann weniger nahe gerückt, da Verunreinigungen der Wunde sich leicht entfernen lassen. Endlich machte man, um der eben erwähnten Gefahr aus dem Wege zu gehen, den Vorschlag, die Schleimhaut des Oesophagus mit der äusseren Haut zu vernähen. Doch läuft man hierbei wiederum Gefahr, die Veranlassung zu einer dauernden Oesophagusfistel gegeben zu haben. Jedenfalls ist das Verfahren, die Wunde offen zu lassen und ihre langsame Granulirung abzuwarten, das zweckmässigste Verfahren.

Zum Schluss dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Rinne für die Ueberweisung des Themas und die Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Hüter, specielle Chirurgie.

Koenig, specielle Chirurgie.

Wenzel von Linhart, Operationslehre.

Borchert, Ueber Oesophagotomie.

Krönlein, Casuistische Beiträge zur operativen Chirurgie des Digestionstractus.

Lebenslauf.

Felix Franke, geboren am 5. August 1858 zu Gr.-Nossen, Kreis Münsterberg in Schlesien, als Sohn des damaligen Gutsbesitzers *August Franke* und dessen Ehefrau *Karoline*, geb. Weber, katholischer Konfession, besuchte zunächst die Elementarschule zu Münsterberg. Michaeli 1870 wurde er in die Sexta des Königl. Gymnasiums zu Glatz aufgenommen und verliess dasselbe August 1880 mit dem Zeugniss der Reife. Hierauf begab er sich nach Greifswald, um Medicin zu studiren. Vom 1. Oktober 1882 bis 1. April 1883 diente er beim pommerschen Jägerbataillon Nr. 2 als Einjährig-Freiwilliger. Am 5. Mai 1883 bestand er das tentamen physicum; die ärztliche Staatsprüfung beendete er am 11. Mai 1885 und bestand das Examen rigorosum am 21. Mai desselben Jahres.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten.

Prof. Dr. *Arndt*, Dr. *Beumer*, Geh. Rath Prof. Dr. *Budge*, Prof. Dr. *A. Budge*, Prof. Dr. *von Feilitzsch*, Prof. Dr. *Gerstäcker*, Prof. Dr. *Grohé*, Prof. Dr. *Häckermann*, Prof. Dr *Holtz*, Prof. Dr. *Krabler*, Prof. Dr. *Landois*, Prof. Dr. *Limpricht*, Dr. *Löbker*, Geh. Rath Prof. Dr. *Mosler*, Geh. Rath Prof. Dr. *Münter*, Geh. Rath Prof. Dr. *Pernice*, Prof. Dr. *von Preuschen*, Prof. Dr. *Rinne*, Prof. Dr. *Schirmer*, Prof. Dr. *Schulz*, Prof. Dr. *Sommer*, Dr. *Strübing*, Prof. Dr. *Vogt*.

Allen diesen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen herzlichen Dank aus

Thesen.

I.

Zur Nachbehandlung der Oesophagotomie ist es indicirt, die Wunde nur auszustopfen, nicht zu nähen.

II.

Bei Verdacht auf traumatische Deltoideslähmung ist die Behandlung mittelst des konstanten Stromes möglichst frühzeitig vorzunehmen.

III.

Bei Cystitis ist die locale Behandlung in jedem Falle anzuwenden.